

Association between Smoking and Perceived Social Support among Tehranian Adults: Tehran Lipid and Glucose Study

Sara Jalali-Farahani (MSc)¹, Parisa Amiri (PhD)^{1,*}, Ahmad Khalili-Chelik. (MSc)², Mehrdad Karimi (MSc)¹, Fereydoun Azizi (MD)³

¹ Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Student Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Parisa Amiri, Research Center for Social Determinants of Health, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: amiri@endocrine.ac.ir

Abstract

Received: 15/10/2017

Accepted: 18/06/2018

How to Cite this Article:

Jalali-Farahani S, Amiri P, Khalili-Chelik A, Karimi M, Azizi F. Association between Smoking and Perceived Social Support among Tehranian Adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *J Educ Community Health*. 2018; 5(2): 8-17. DOI: 10.21859/jech.5.2.8

Background and Objective: Smoking has various socio-economic consequences and is related with social support. This study was conducted with the aim of investigating the association between smoking and social support from families, friends, and significant others in adults.

Materials and Methods: This cross sectional study was conducted between 2014 and 2016 in the framework of Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS) on 1068 adults. Perceived social support was assessed, using Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). The data were analyzed by SPSS 20, using Chi-square and Mann Whitney tests as well as and binary regression method.

Results: The mean age of the participants was 49.9±15.0 years and 59.4% of them were female; 0.9.2% of the participants were smokers and most smokers were male (76.5%). Non-smokers reported higher scores in perceived social support from family (p=0.040) and significant others (p=0.036) compared to smokers. After moderating the intervening factors, smokers were more likely to report low perceived social support from family 2.04 times more than their non-smoker counterparts (95%CI: 1.11-3.73; p<0.05).

Conclusion: Smokers are more likely to report low perceived social support from family compared to non-smokers.

Keywords: Social Support; Smoking; Adults

ارتباط مصرف سیگار با حمایت اجتماعی درک‌شده در بزرگسالان تهرانی: مطالعه قند و لیپید تهران

سارا جلالی فراهانی^۱، پریسا امیری^{۲*}، احمد خلیلی چلیک^۳، مهرداد کریمی^۱، فریدون عزیزی^۴

^۱ کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد، دفتر تحقیقات و فناوری دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
* نویسنده مسئول: پریسا امیری، مرکز تحقیقات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
ایمیل: amiri@endocrine.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: مصرف سیگار اثرات سوء اجتماعی و اقتصادی مختلفی به دنبال دارد و با حمایت اجتماعی مرتبط است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه مصرف سیگار با حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب خانواده، دوستان و افراد مهم در بزرگسالان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در فاصله سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ و در چارچوب مطالعه قند و لیپید تهران روی ۱۰۶۸ بزرگسال تهرانی انجام شد. حمایت اجتماعی درک‌شده توسط پرسش‌نامه چندوجهی حمایت اجتماعی درک‌شده ارزیابی شد. آزمون‌های آماری مربع کای، من‌ویتنی و روش‌های رگرسیون دوحالتی به کار رفتند و در نهایت داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 20 تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان مطالعه ۴۹/۹±۱۵/۰ سال و ۵۹/۴٪ آنها زن بودند. از کل افراد شرکت‌کننده، ۹/۲٪ سیگاری و بیشتر سیگاری‌ها مرد بودند (۷۶/۵٪). غیرسیگاری‌ها در مقایسه با افراد سیگاری امتیاز بالاتری از درک حمایت اجتماعی از جانب خانواده (p=۰/۰۴۰) و افراد مهم (p=۰/۰۳۶) کسب کردند. پس از تعدیل عوامل مداخله‌گر، احتمال درک حمایت اجتماعی پایین از سوی خانواده در مصرف‌کنندگان سیگار ۲/۰۴ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری بود (p<۰/۰۵، ۱/۱۱-۳/۷۳=فاصله اطمینان ۰/۹۵).

نتیجه‌گیری: احتمال درک حمایت اجتماعی پایین از جانب خانواده در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری بیشتر است.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی درک‌شده، مصرف سیگار، بزرگسالان

مقدمه

خاورمیانه، کاهش مصرف آن در ایران پیش‌بینی شده، هرچند این کاهش روندی ملایم دارد و با هدف جهانی "کاهش ۳۰٪ مصرف سیگار تا سال ۲۰۲۵ میلادی" فاصله دارد [۲]. در مطالعه کسانی و همکاران در تهران، میزان مصرف سیگار در مردان ۱۴/۶۲٪ گزارش شد [۳]. نتایج حاصل از مطالعه قند و لیپید تهران نیز نشان داد ۱۰/۶٪ جمعیت مورد مطالعه سیگاری بودند [۴].

مصرف سیگار، اثرات اجتماعی و اقتصادی مختلفی داشته و

مصرف تنباکو و قرارگرفتن در معرض دود سیگار، مهم‌ترین عامل خطر افزایش بار بیماری در کشورهای توسعه‌یافته و دومین عامل خطر افزایش بار بیماری در جهان محسوب می‌شود [۱]. سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود از روند شیوع مصرف سیگار در سال ۲۰۱۵ میلادی، میزان شیوع مصرف تنباکو را در جهان ۲۲/۱٪ و در ایران ۱۰/۹٪ اعلام کرده است. براساس گزارش مذکور علی‌رغم روند روبه‌رشد مصرف سیگار در کشورهای واقع در مناطق مدیترانه شرقی و

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه مصرف سیگار با حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب خانواده، دوستان و افراد مهم در بزرگسالان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر روی جمعیت شرکت‌کننده فاز ششم مطالعه قند و لیپید تهران در فاصله سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ انجام شد. مطالعه قند و لیپید تهران از نوع هم‌گروهی آینده‌نگر است که با هدف تعیین عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در افراد ساکن منطقه ۱۳ تهران در سال ۱۳۷۸ آغاز شد، جزییات مربوط به اهداف و روش انجام مطالعه قند و لیپید تهران پیش‌تر به تفصیل منتشر شده است [۲۴]. در مطالعه حاضر کلیه افراد بزرگسال (سن بالای ۲۰ سال) که در زمان انجام مطالعه، اطلاعات پرسش‌نامه حمایت اجتماعی و مصرف سیگار را به‌طور کامل داشتند، وارد مطالعه شدند و اطلاعات به‌صورت مقطعی مورد بررسی قرار گرفت. در هنگام مطالعه، اطلاعات ۳۴۹۷ نفر فرد بزرگسال در دسترس بود، که از این تعداد ۱۱۴۰ نفر پرسش‌نامه حمایت اجتماعی را تکمیل کرده بودند و از تعداد مذکور نیز ۱۰۶۸ نفر اطلاعات کامل در زمینه مصرف سیگار و حمایت اجتماعی داشتند که داده‌های آنها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تصویب و از شرکت‌کننده‌گان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی گرفته شد.

اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، تحصیلات و وضعیت مصرف سیگار از طریق مصاحبه فردی و توسط افراد آموزش دیده جمع‌آوری شدند. افرادی که به‌صورت روزانه یا گاهی اوقات سیگار می‌کشیدند در گروه "سیگاری" و افرادی که در زمان پرسشگری هیچ‌گونه مصرف سیگار نداشتند، در گروه "غیرسیگاری" طبقه‌بندی شدند. داده‌های مربوط به حمایت اجتماعی درک‌شده از طریق مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) جمع‌آوری شد، این مقیاس توسط زیمت و همکاران طراحی شده است [۲۵]. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده دارای ۱۲ گویه و سه زیرمقیاس است که حمایت اجتماعی درک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم را ارزیابی می‌کند. منظور از "افراد مهم" هر فردی است که اهمیت زیادی در سلامت و ارزیابی فرد دارد ولی جزء گروه خانواده و دوستان محسوب نمی‌شود. هر زیرمقیاس ۴ گویه و هر گویه ۷ گزینه دارد و میزان حمایت اجتماعی درک‌شده را در طیفی از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" می‌سنجد. دامنه امتیاز کل مقیاس از ۱۲ تا ۸۴ متغیر است. امتیاز بالاتر نشانگر حمایت اجتماعی درک‌شده بیشتر است. روایی و پایایی این ابزار روی جمعیت

در محیط خانواده عوارض جسمی و روانی مختلفی برای اعضای غیرسیگاری خانواده به همراه دارد. علاوه بر این افراد سیگاری برای تامین هزینه‌های ناشی از مصرف سیگار، بخشی از بودجه خانواده را که برای خرید اقلام ضروری و مواردی چون آموزش و بهداشت اعضای خانواده صرف می‌شود، کاهش می‌دهند [۸-۵]. از سوی دیگر مصرف سیگار هزینه‌های بهداشتی و درمان کشورها را نیز افزایش می‌دهد به‌طوری که براساس شواهد موجود درمان بیماری‌های مرتبط با سیگار عامل ۱/۵ تا ۶/۸٪ هزینه‌های سیستم سلامت کشورهای مختلف بوده است [۹]. مصرف تنباکو اثرات روانی متعددی نیز دارد [۱۰، ۵]. ارتباط گسترده‌ای میان مصرف سیگار و اضطراب و افسردگی مشاهده شده است [۱۱، ۱۲]. طبق مطالعات محققان ایرانی، افراد غیرسیگاری سطوح پایین‌تری از تشویب و افسردگی را نسبت به افراد سیگاری نشان می‌دهند [۱۳]. در این رابطه یافته‌ها نشان می‌دهند که مصرف سیگار با استرس و حمایت اجتماعی نیز در ارتباط است [۱۴]، که در این میان استرس در شروع مصرف سیگار و حمایت اجتماعی در پایداری آن، نقش مهمی دارد [۱۵].

عضویت در شبکه‌ای از افراد که نسبت به هم وظایف متقابل دارند و درک حمایت اجتماعی از سوی آنها موجب ارتقای باور ارزشمندی و احساس دوست‌داشته‌شدن می‌شود، می‌تواند افراد را در برابر بحران‌های ناشی از طیف گسترده‌ای از عوامل آسیب‌رسان محافظت کند [۱۶]. براساس شواهد موجود احتمال بروز مشکلات جسمی و روانی در افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند کمتر است [۱۷-۱۹]. ارتباطات اجتماعی حمایتگر، در ترویج رفتارهای پسندیده و ترک رفتارهای نامطلوب مانند مصرف سیگار کارآمد است [۲۰]. حمایت اجتماعی با تقویت اعتماد به نفس و کمک به افراد برای درمیان‌گذاشتن مشکلاتشان از اثرات مضر استرس بر آنها جلوگیری می‌کند؛ در نتیجه گرایش به ترک سیگار را افزایش می‌دهد [۲۱]. در مقابل، در افراد سیگاری که سطح حمایت اجتماعی پایین‌تری دارند، احتمال ترک مصرف سیگار کمتر است [۲۲]. در مطالعه‌ای دیگر حمایت اجتماعی درک‌شده بالاتر، موجب کاهش بیشتر میزان مصرف سیگار می‌شود [۱۳]. حمایت اجتماعی درک‌شده تاثیر مثبت و مستقلی بر کاهش مصرف سیگار دارد زیرا با وجود کنترل سایر متغیرهای مرتبط، احتمال ادامه مصرف سیگار در افراد بیمار با حمایت اجتماعی درک‌شده پایین‌تر بیشتر است [۲۱]. مروی‌زاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای در سال ۹۶، ارتباط بین حمایت اجتماعی و مصرف سیگار را در دانشجویان تایید نمودند [۲۳]. با این حال در جست‌وجوهای انجام‌شده، مطالعه‌ای پیرامون بررسی ارتباط مصرف سیگار با حمایت اجتماعی درک‌شده و منابع آن شامل خانواده، دوستان و افراد مهم در جمعیت شهری ایرانی یافت نشد.

سیگاری بود اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده و افراد مهم به‌طور معنی‌داری در افراد غیرسیگاری بالاتر از افراد سیگاری بود (جدول ۲).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی شاخص‌های جمعیت‌شناختی و وضعیت ابتلا به بیماری‌های مزمن با توجه به وضعیت استعمال سیگار (تعداد نمونه‌ها=۱۰۶۸ نفر، اعداد درون پرانتز درصد را نشان می‌دهند)

سطح معنی‌داری	سیگاری	غیرسیگاری	شاخص‌های جمعیت‌شناختی
جنسیت			
	۷۵ (۷۶/۵)	۳۵۹ (۳۷/۰)	مرد
<۰/۰۰۱	۲۳ (۲۳/۵)	۶۱۱ (۶۳/۰)	زن
	۹۸ (۹/۲)	۹۷۰ (۹۰/۸)	کل
گروه‌های سنی (سال)			
	۳۴ (۳۴/۷)	۱۹۷ (۲۰/۳)	۲۰-۳۵
۰/۰۰۱	۲۳ (۲۳/۵)	۲۷۱ (۲۷/۹)	۳۶-۵۰
	۳۵ (۳۵/۷)	۳۲۳ (۳۳/۳)	۵۱-۶۵
	۶ (۶/۱)	۱۷۹ (۱۸/۵)	۶۶ ≥
وضعیت تاهل			
۰/۰۰۴	۳۳ (۳۳/۷)	۲۰۰ (۲۰/۶)	مجرد
	۶۵ (۶۶/۳)	۷۷۰ (۷۹/۴)	متاهل
تحصیلات			
	۱۹ (۱۹/۴)	۳۰۸ (۳۱/۸)	زیر دیپلم
۰/۰۲۸	۴۷ (۴۸/۰)	۳۶۵ (۳۷/۶)	دیپلم
	۳۲ (۳۲/۶)	۲۹۷ (۳۰/۶)	بالای دیپلم
وضعیت ابتلا به بیماری‌های مزمن			
<۰/۰۰۱	۲۹ (۲۹/۶)	۴۷۳ (۴۸/۸)	بلی
	۶۹ (۷۰/۴)	۴۹۷ (۵۱/۲)	خیر

* افرادی که به‌صورت روزانه یا گاهی اوقات سیگار می‌کشیدند در گروه "سیگاری" و افرادی که در زمان پرسشگری هیچ‌گونه مصرف سیگاری نداشتند، در گروه "غیرسیگاری" طبقه‌بندی شدند.

براساس مدل لوجستیک در ارزیابی ارتباط بین حمایت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک، شانس ادراک حمایت اجتماعی درک‌شده پایین از طرف خانواده در زنان بیشتر از مردان بود ($p=0/001$)، $p=0/001$ ، $p=0/001$ ، فاصله اطمینان ۹۵٪، $OR=1/82$ و در متاهلین نسبت به مجردین شانس ادراک حمایت اجتماعی درک‌شده پایین از طرف خانواده ($p=0/025$)، $p=0/025$ ، فاصله اطمینان ۹۵٪، $OR=0/62$ و افراد مهم

ایرانی بررسی شده است. نتایج بررسی هماهنگی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ نشان داد که میزان آلفای کرونباخ در گروه افراد سالم برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی درک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ است. همچنین میزان ضرایب همبستگی در بررسی پایایی با استفاده از روش آزمون-بازآزمون برای زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی درک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ بود [۲۶].

برای متغیرهای کیفی، فراوانی (درصد) و برای متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار به‌عنوان شاخص‌های توصیفی گزارش شدند. توزیع فراوانی متغیرهای کیفی و میانگین متغیرهای کمی در دو گروه افراد سیگاری و غیرسیگاری به‌ترتیب با استفاده از آزمون مربع کای و من‌ویتنی مقایسه شدند. نرمال‌بودن داده‌های کمی در دو گروه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ارزیابی شد. ارزیابی اثر وضعیت مصرف سیگار روی حمایت اجتماعی درک‌شده و زیرمقیاس‌های آن با استفاده از روش‌های رگرسیون دوحالته صورت گرفت. در مدل‌سازی‌ها سهم اول و سوم (گروه رفرنس) حمایت اجتماعی به‌عنوان دو گروه متغیرهای وابسته اعمال شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان مطالعه $49/9 \pm 15/0$ سال و ۵۹/۴٪ آنها زن بودند. از کل افراد شرکت‌کننده، ۹/۲٪ آنها سیگاری بودند. بیشتر افراد سیگاری را مردها تشکیل می‌دادند به‌طوری که بیش از دوسوم افراد سیگاری مرد (۷۶/۵٪) بودند. اگرچه توزیع افراد غیرسیگاری و سیگاری در گروه‌های سنی تفاوت معنی‌دار داشت اما روند خاصی مشاهده نشد. درصد افراد مجرد در گروه سیگاری (۳۳/۷٪) به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد غیرسیگاری (۲۰/۶٪) بود ($p=0/004$). حدود نیمی از افراد سیگاری دیپلم متوسطه داشتند (۴۸/۰٪) و پس از آن دارای تحصیلات دانشگاهی (۳۲/۶٪) و زیر دیپلم (۱۹/۴٪) بودند (جدول ۱).

حمایت اجتماعی درک‌شده از طرف خانواده در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود ($p=0/001$) و حمایت اجتماعی درک‌شده از طرف خانواده و دوستان در گروه‌های مختلف سنی اختلاف معنی‌دار داشت ($p<0/01$). همچنین حمایت اجتماعی درک‌شده از طرف خانواده و افراد مهم، در افراد متاهل به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد مجرد بود. به علاوه حمایت اجتماعی درک‌شده از طرف دوستان در زیرگروه‌های مختلف تحصیلات اختلاف معنی‌دار داشت. میانگین امتیاز کل حمایت اجتماعی درک‌شده در افراد غیرسیگاری بالاتر از افراد

شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین از طرف خانواده به طور معنی داری بیشتر از افراد غیرسیگاری بود ($p=0/03$ ، $OR=1/88$)، در مدل تعدیل شده نیز شانس ادراک حمایت اجتماعی درک شده پایین از طرف خانواده ($OR=1/11$ - $3/73$) فاصله اطمینان 95% برابر افراد غیرسیگاری بود ($p=0/02$ ؛ جدول ۳).

($P<0/001$ ، $OR=0/52-0/21$ ، فاصله اطمینان 95% ، $OR=0/33$) کمتر بود. همچنین شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین از سوی دوستان در افراد با تحصیلات بالای دیپلم در مقایسه با افراد زیردیپلم کمتر بود ($p=0/032$ ، $OR=0/318-0/950$) فاصله اطمینان 95% ، در بررسی ارتباط بین مصرف سیگار و حمایت اجتماعی درک شده، در مدل تعدیل نشده،

جدول ۲) امتیاز حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم و زیرگروه‌های آن با توجه به خصوصیات جمعیت‌شناختی و وضعیت ابتلا به بیماری‌های مزمن و استعمال سیگار

متغیرها	خانواده	دوستان	افراد مهم	نمره کل
جنسیت				
مرد	24/0 ± 4/4	19/1 ± 6/0	22/6 ± 5/3	65/7 ± 12/3
زن	23/0 ± 5/0	19/1 ± 6/3	22/2 ± 5/8	64/3 ± 13/0
سطح معنی داری	0/001	0/890	0/341	0/076
گروه‌های سنی (سال)				
20-35	23/1 ± 4/5	20/1 ± 5/7	22/4 ± 5/9	65/6 ± 12/1
36-50	23/4 ± 4/3	19/9 ± 5/8	22/6 ± 5/2	65/9 ± 12/4
51-65	23/3 ± 5/3	18/4 ± 6/5	22/3 ± 5/6	64/0 ± 13/2
66 ≥	24/0 ± 4/8	18/0 ± 6/4	22/2 ± 5/6	64/3 ± 12/9
سطح معنی داری	0/008	<0/001	0/926	0/228
وضعیت تاهل				
مجرد	22/5 ± 5/2	19/1 ± 6/2	20/3 ± 6/4	62/0 ± 13/4
متاهل	23/7 ± 4/7	19/1 ± 6/2	22/9 ± 5/2	65/7 ± 12/4
سطح معنی داری	<0/001	0/894	<0/001	<0/001
تحصیلات				
زیردیپلم	23/5 ± 5/1	18/0 ± 6/6	22/2 ± 5/7	63/6 ± 13/1
دیپلم	23/4 ± 4/9	19/0 ± 6/0	22/3 ± 5/8	64/7 ± 12/8
بالای دیپلم	23/5 ± 4/2	20/3 ± 5/7	22/7 ± 5/2	66/5 ± 12/1
سطح معنی داری	0/279	<0/001	0/807	0/010
وضعیت ابتلا به بیماری‌های مزمن				
بلی	23/7 ± 4/9	18/5 ± 6/4	22/4 ± 5/75	64/7 ± 12/4
خیر	23/1 ± 4/7	19/6 ± 6/0	22/3 ± 5/7	65/1 ± 13/0
سطح معنی داری	0/048	0/005	0/717	0/634
وضعیت استعمال سیگار				
غیرسیگاری	23/5 ± 4/8	19/1 ± 6/2	22/5 ± 5/6	65/1 ± 12/8
سیگاری	22/8 ± 4/6	19/0 ± 6/3	21/6 ± 5/6	63/4 ± 11/6
سطح معنی داری	0/040	0/991	0/036	0/058

جدول ۳) نسبت شانس و فاصله اطمینان گزارش حمایت اجتماعی درک‌شده پایین در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری

نمره کل حمایت اجتماعی درک‌شده	نسبت شانس	(فاصله اطمینان ۹۵٪)	سطح معنی‌داری
مدل خام			
سیگاری	۱/۶۶	۰/۹۶-۲/۸۵	۰/۰۶۸
مدل تعدیل‌شده			
جنسیت (گروه مرجع: مرد)			
زن	۱/۳۶۰	۰/۹۷۵-۱/۸۹۷	۰/۰۷۰
سن (گروه مرجع: ۲۰-۳۵ سال)			
۳۶-۵۰	۱/۲۶۷	۰/۷۵۷-۲/۱۲۲	۰/۳۶۸
۵۱-۶۵	۱/۵۶۸	۰/۸۹۲-۲/۷۵۶	۰/۱۱۸
۶۶≥	۱/۳۹۹	۰/۷۱۸-۲/۷۲۶	۰/۳۲۴
تحصیلات (گروه مرجع: زیردیپلم)			
دیپلم	۰/۸۴۳	۰/۵۵۷-۱/۲۷۴	۰/۴۱۷
بالای دیپلم	۰/۶۵۲	۰/۴۰۷-۱/۰۴۴	۰/۰۷۵
وضعیت تاهل (گروه مرجع: مجرد)			
متاهل	۰/۴۱۱	۰/۲۶۴-۰/۶۳۹	<۰/۰۰۱
ابتلا به بیماری‌های مزمن			
سیگاری	۰/۹۷۷	۰/۶۶۸-۱/۴۳۰	۰/۹۰۵
سیگاری	۱/۷۹	۱/۰۲-۳/۱۷	۰/۰۴۵
نمره زیرگروه حمایت خانواده			
مدل خام			
سیگاری	۱/۸۸	۱/۰۶-۳/۳۱	۰/۰۳۰
مدل تعدیل‌شده			
جنسیت (گروه مرجع: مرد)			
زن	۱/۸۱۹	۱/۲۸۸-۲/۵۶۸	۰/۰۰۱
سن (گروه مرجع: ۲۰-۳۵ سال)			
۳۶-۵۰	۱/۰۳۴	۰/۶۱۰-۱/۷۵۵۴	۰/۹۰۱
۵۱-۶۵	۰/۸۸۰	۰/۴۹۷-۱/۵۵۸	۰/۶۶۲
۶۶≥	۰/۶۶۵	۰/۳۳۴-۱/۳۲۷	۰/۲۴۷
تحصیلات (گروه مرجع: زیردیپلم)			
دیپلم	۰/۹۵۰	۰/۶۲۳-۱/۴۴۸	۰/۸۱۲
بالای دیپلم	۰/۹۰۱	۰/۵۵۹-۱/۴۸۳	۰/۷۰۶
وضعیت تاهل (گروه مرجع: مجرد)			
متاهل	۰/۶۲۲	۰/۴۱۱-۰/۹۴۲	۰/۰۲۵
ابتلا به بیماری‌های مزمن			
سیگاری	۰/۷۰۲	۰/۴۷۵-۱/۰۳۸	۰/۰۷۶
سیگاری	۲/۰۴	۱/۱۱-۳/۷۳	۰/۰۲۱

ادامه جدول ۳) نسبت شانس و فاصله اطمینان گزارش حمایت اجتماعی درک شده پایین در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری

سطح معنی داری	(فاصله اطمینان ۹۵٪)	نسبت شانس	نمره کل حمایت اجتماعی درک شده
نمره زیر گروه حمایت دوستان			
مدل خام			
سیگاری	۰/۴۷-۱/۵۹	۰/۸۷	۰/۶۴۴
مدل تعدیل شده			
جنسیت (گروه مرجع: مرد)			
زن	۰/۶۳۱-۱/۳۸۰	۰/۹۳۳	۰/۷۲۹
سن (گروه مرجع: ۲۰-۳۵ سال)			
۳۶-۵۰	۵۱۴-۱/۷۲۰	۰/۹۴۱	۰/۸۴۲
۵۱-۶۵	۷۲۱-۲/۵۶۸	۱/۳۶۰	۰/۳۴۲
۶۶≥	۰/۷۲۳-۳/۳۹۳	۱/۵۶۶	۰/۲۵۶
تحصیلات (گروه مرجع: زیردیپلم)			
دیپلم	۰/۵۲۸-۱/۳۵۱	۰/۸۴۵	۰/۴۸۲
بالای دیپلم	۰/۳۱۸-۰/۹۵۰	۰/۵۵۰	۰/۰۳۲
وضعیت تاهل (گروه مرجع: مجرد)			
متاهل	۰/۶۱۳-۱/۶۰۶	۰/۹۹۲	۰/۹۷۵
ابتلا به بیماری های مزمن			
سیگاری	۰/۴۸-۱/۷۵	۰/۹۲	۰/۷۹۲
نمره زیر گروه حمایت افراد مهم			
مدل خام			
سیگاری	۰/۹۶-۳/۲۹	۱/۷۸	۰/۰۶۷
مدل تعدیل شده			
جنسیت (گروه مرجع: مرد)			
زن	۰/۷۲۱-۱/۵۳۸	۱/۰۵۳	۰/۷۹۰
سن (گروه مرجع: ۲۰-۳۵ سال)			
۳۶-۵۰	۰/۹۲۵-۲/۸۹۲	۱/۶۳۵	۰/۰۹۱
۵۱-۶۵	۰/۸۸۳-۲/۹۸۲	۱/۶۲۳	۰/۱۱۹
۶۶≥	۰/۶۹۴-۳/۳۱۹	۱/۴۹۵	۰/۳۰۴
تحصیلات (گروه مرجع: زیردیپلم)			
دیپلم	۰/۶۶۱-۱/۶۹۳	۱/۰۵۸	۰/۸۱۵
بالای دیپلم	۰/۵۶۴-۱/۶۶۴	۰/۹۶۹	۰/۹۰۸
وضعیت تاهل (گروه مرجع: مجرد)			
متاهل	۰/۲۰۶-۰/۵۱۷	۰/۳۲۶	<۰/۰۰۱
ابتلا به بیماری های مزمن			
سیگاری	۰/۶۲۵-۱/۴۸۹	۰/۹۶۴	۰/۸۷۰
	۰/۸۸-۳/۲۶	۱/۷۰	۰/۱۱

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه مصرف سیگار با حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب خانواده، دوستان و افراد مهم در بزرگسالان انجام شد.

براساس نتایج این مطالعه افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری حمایت اجتماعی درک‌شده کمتری را از جانب خانواده و افراد مهم ادراک می‌کنند. بررسی بیشتر داده‌های این مطالعه نشان داد شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین از طرف خانواده در مصرف‌کنندگان سیگار بیش از دوبرابر غیرسیگاری‌ها است. در مطالعه حاضر، حمایت اجتماعی درک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد در کل حمایت اجتماعی درک‌شده در افراد سیگاری کمتر از افراد غیرسیگاری است، هرچند اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود. همسو با این نتیجه، شواهد موجود حاکی از این است که حمایت اجتماعی درک‌شده بالاتر از جانب خانواده، دوستان و افراد مهم در افراد، موجب اتخاذ رفتارهای انطباقی بیشتر به جای رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار می‌شود. حمایت اجتماعی می‌تواند مستقیماً در برابر رفتارهای مقابله‌ای نامناسب از جمله مصرف سیگار، حمایت‌کننده باشد [۲۷، ۲۸].

از میان سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده، تفاوت میزان حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب خانواده و افراد مهم در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری به شکل معنی‌داری پایین‌تر گزارش شد. در مدل رگرسیونی داده‌های این مطالعه حتی پس از تعدیل با متغیرهایی مانند جنس، گروه سنی، تحصیلات، اشتغال و ابتلا به بیماری‌های مزمن، شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین از جانب خانواده در افراد سیگاری تقریباً دوبرابر افراد غیرسیگاری بود. هرچند مطالعات کمی در خصوص ارتباط مصرف سیگار با مولفه‌های حمایت اجتماعی درک‌شده انجام شده است، شواهد موجود نقش حمایتگر خانواده را در پیشگیری از برخی مشکلات رفتاری مانند مصرف تنباکو تایید می‌کنند [۲۹-۳۲]. همان‌گونه که حمایت خانواده از فرد می‌تواند در برابر رفتارهای پرخطر محافظت‌کننده باشد، مصرف سیگار توسط اعضای خانواده نیز در گرایش فرد به سوی مصرف تنباکو اثر سوء دارد [۳۱، ۳۳]. به نظر می‌رسد روابط اجتماعی حمایت‌کننده به‌صورت مستقیم از طریق فرآیندهای تاثیرگذار اجتماعی مانند ایجاد الگو و به‌طور غیرمستقیم با تعدیل عوامل موثر در رفتار همچون کاهش دادن استرس‌ها و تنش‌های محیط اطراف فرد، احتمال مصرف مجدد سیگار را در افرادی که آن را ترک کرده‌اند کاهش دهد [۳۴]. روزانه بخش قابل توجهی از روابط اجتماعی هر فرد با اعضای خانواده برقرار می‌شود. عوامل درون‌فردی از جمله نژاد، جنس یا شخصیت هر فرد می‌تواند در رفتارها موثر باشند ولی این ارتباطات اجتماعی هستند که رفتارها را شکل می‌دهند؛ این رفتارها می‌توانند رفتارهای مرتبط با سلامت از جمله مصرف

سیگار باشند [۲۸]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، احتمال درک حمایت اجتماعی پایین از سوی خانواده در زنان بیش از مردان است. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات پیشین در مورد جمعیت سالمندان و دانشجویان ایرانی همسو بود [۳۵، ۳۶]. علاوه بر جنسیت وضعیت تاهل نیز ارتباط معنی‌داری با شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین‌تر از سوی خانواده نشان داد که می‌تواند موید شواهد موجود در این زمینه باشد [۳۶، ۳۷].

طبق نتایج مطالعه حاضر درک حمایت اجتماعی از جانب افراد مهم نیز در افراد سیگاری به شکل معنی‌داری کمتر از افراد غیرسیگاری بود. براساس جست‌وجوی پژوهشگران مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مبنی بر مقایسه سطح حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب افراد مهم در افراد سیگاری و غیرسیگاری یافت نشد؛ با این حال برخی مطالعات، تاثیر حمایت افراد مهم را بر ترک سیگار و موفقیت در آن تایید کردند [۲۰، ۳۸]. علاوه بر این حمایت افراد مهم می‌تواند فرد را از اثر حس افسردگی ناشی از ترک سیگار محافظت کند [۳۸]. همسو با مطالعات پیشین، در این مطالعه نیز شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین از سوی افراد مهم در افراد مجرد از متاهلین بیشتر بود [۳۶].

نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین مصرف سیگار و حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب دوستان نشان نداد. اگرچه مطالعات زیادی در مورد ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب دوستان با مصرف سیگار وجود ندارد، شواهدی مبنی بر تاثیر مصرف سیگار از سوی دوستان بر گرایش مثبت افراد به رفتارهای مشابه تایید شده است [۳۹-۴۱]. [۳۱، ۳۲]. آورا و همکاران نشان دادند نوجوانان سیگاری حمایت اجتماعی بیشتری را از جانب دوستان به‌دلیل رفتار مصرف سیگار دریافت می‌کنند [۴۲]. افراد سیگاری ترجیح می‌دهند افراد مشابه را در دایره دوستی خود جای دهند و در نتیجه دوستان سیگاری بیشتری خواهند داشت [۴۳]. در نتیجه افراد سیگاری ممکن است حمایت اجتماعی بیشتر را به‌دلیل مصرف سیگار و همراهی با رویه دوستان خود در مقایسه با افراد غیرسیگاری دریافت کنند. علاوه بر این، دوستان سیگاری بیشتر، احتمال تصمیم‌گیری و ترک سیگار را کاهش می‌دهند [۴۴]. در مطالعه حاضر، شانس ادراک حمایت اجتماعی پایین از طرف دوستان در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی کمتر از افراد دارای تحصیلات زیردیپلم بود، این یافته با یافته‌های مطالعه انجام‌شده در کشور انگلستان همسو است [۴۵].

مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای است که میزان درک حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن را به تفکیک روی جمعیت بزرگی از جامعه شهری تهران و در چارچوب مطالعه قند و لیپید تهران بررسی کرده است. مطالعاتی که تاکنون درباره ارتباط حمایت اجتماعی و سیگار انجام شده‌اند کمتر به حمایت اجتماعی درک‌شده از جانب خانواده، دوستان و افراد مهم پرداخته‌اند. در حالی که تاثیر حمایت اجتماعی درک‌شده بر سلامتی و احساس

تشکر و قدردانی

نویسندگان از شرکت‌کنندگان مطالعه قند و لیپید تهران و همچنین کارکنان محترم واحد بررسی قند و چربی‌های خون که امکان انجام این مطالعه را فراهم نمودند، قدردانی و تشکر می‌نمایند.

تاییدیه اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تصویب و از افراد شرکت‌کننده رضایت‌نامه آگاهانه کتبی گرفته شد.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهام نویسندگان: سارا جلالی‌فراهانی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۵٪)؛ پریسا امیری (نویسنده دوم)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی (۲۰٪)؛ احمد خلیلی‌چلیک (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه/نگارنده بحث (۲۰٪)؛ مهرداد کریمی (نویسنده چهارم)، روش‌شناس، تحلیلگر آماری (۱۵٪)؛ فریدون عزیزی (نویسنده پنجم)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی (۱۰٪).

منابع مالی: مطالعه حاضر با حمایت مالی پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

خوب‌بودن، مهم‌تر از حمایت اجتماعی است که به‌طور واقعی دریافت‌شده است [۴۶].

اولین محدودیت این مطالعه، طراحی مقطعی آن است که صرفاً مولفه‌های مختلف را به هم مرتبط می‌کند و از طریق این مطالعات نمی‌توان روابط علیتی برقرار نمود. در پرسش‌نامه‌ای که در اختیار افراد قرار گرفت نتایج مربوط به "افراد مهم" معنی‌دار نبود. این نتیجه می‌تواند علی‌رغم استفاده از ابزار روا و پایا ناشی از درک نامناسب شرکت‌کنندگان از واژه "افراد مهم" باشد که به مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز دارد.

با توجه به نقش مهم خانواده در پیشگیری و کنترل مصرف سیگار، یافته حاضر می‌تواند در آموزش و توانمندسازی خانواده‌های تهرانی برای حمایت هرچه بیشتر از افراد مصرف‌کننده سیگار و ترک این رفتار پرخطر و در نهایت ارتقای سطح سلامت جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

بررسی اثر حمایت اجتماعی درک‌شده و ابعاد آن بر سبک زندگی افراد جامعه و رفتارهای زمینه‌ساز بیماری‌های غیرواگیر به‌ویژه مصرف سیگار، در مطالعات آینده‌نگر توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

احتمال درک حمایت اجتماعی پایین از سوی خانواده در افراد سیگاری در مقایسه با همتایان غیرسیگاری آنها بیشتر است.

REFERENCES

- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;**380**(9859):2224-60. DOI: [10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
- World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2016 Nov 20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>
- Kassani A, Baghbanian A, Menati R, Hassanzadeh J, Asadi Lari M, Menati W. Prevalence of cigarette smoking and associated factors among male citizens in Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;**17**(3):1473-8. PMID: [27039792](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039792/) DOI: [10.7314/APJCP.2016.17.3.1473](https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.3.1473)
- Emami H, Habibiyan S, Salehi P, Azizi F. Pattern and smoking habit in an urban area in Tehran, 2001. *Res Med*. 2003;**27**(1):47-52. [Persian]
- Chen JJ, Ho SY, Au WM, Wang MP, Lam TH. Family smoking, exposure to secondhand smoke at home and family unhappiness in children. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;**12**(11):14557-70. PMID: [26580642](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26580642/) DOI: [10.3390/ijerph121114557](https://doi.org/10.3390/ijerph121114557)
- Xin Y, Qian J, Xu L, Tang S, Gao J, Critchley JA. The impact of smoking and quitting on household expenditure patterns and medical care costs in China. *Tob Control*. 2009;**18**(2):150-5. PMID: [19158112](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19158112/) DOI: [10.1136/tc.2008.026955](https://doi.org/10.1136/tc.2008.026955)
- Wang H, Sindelar JL, Busch SH. The impact of tobacco expenditure on household consumption patterns in rural China. *Soc Sci Med*. 2006;**62**(6):1414-26. PMID: [16137812](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16137812/) DOI: [10.1016/j.socscimed.2005.07.032](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.032)
- John RM. Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India. *Soc Sci Med*. 2008;**66**(6):1356-67. PMID: [18187245](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18187245/) DOI: [10.1016/j.socscimed.2007.11.020](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.020)
- Rezaei S, Akbari Sari A, Arab M, Majdzadeh R, Mohammad Poorasl A. Economic burden of smoking: A systematic review of direct and indirect costs. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;**30**:397. PMID: [27579287](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27579287/)
- Shahab L, West R. Do ex-smokers report feeling happier following cessation? Evidence from a cross-sectional survey. *Nicotine Tob Res*. 2009;**11**(5):553-7. PMID: [19351779](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19351779/) DOI: [10.1093/ntr/ntp031](https://doi.org/10.1093/ntr/ntp031)
- Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000;**284**(18):2348-51. DOI: [10.1001/jama.284.18.2348](https://doi.org/10.1001/jama.284.18.2348)
- Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: A critical review of biological pathways. *Brain Behav*. 2013;**3**(3):302-26. PMID: [23785661](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23785661/) DOI: [10.1002/brb3.137](https://doi.org/10.1002/brb3.137)
- Saneei P, Esmailzadeh A, Hassanzadeh Keshteli A, Roohafza HR, Afshar H, Feizi A, et al. Combined healthy lifestyle is inversely associated with psychological disorders among adults. *PLoS One*. 2016;**11**(1):e0146888. PMID: [26771311](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26771311/) DOI: [10.1371/journal.pone.0146888](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146888)
- Daniel M, Cargo MD, Lifshay J, Green LW. Cigarette smoking, mental health and social support: Data from a Northwestern First Nation. *Can J Public Health*. 2004;**95**(1):45-9.
- Yun EH, Kang YH, Lim MK, Oh JK, Son JM. The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;**10**:78. PMID: [20167103](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20167103/) DOI: [10.1186/1471-2458-10-78](https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-78)
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;**38**(5):300-14. DOI: [1261111](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1261111/)

- 10.1097/00006842-197609000-00003
17. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol.* 1976;**104**(2):107-23. DOI: [10.1093/oxfordjournals.aje.a112281](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281)
 18. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;**98**(2):310-57. DOI: [10.1037/0033-2909.98.2.310](https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310)
 19. Wallston BS, Alagna SW, De Vellis BM, De Vellis RF. Social support and physical health. *Health Psychol.* 1983;**2**(4):367-91. DOI: [10.1037/0278-6133.2.4.367](https://doi.org/10.1037/0278-6133.2.4.367)
 20. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer JS, Kamarck T. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol.* 1986;**54**(4):447-53. DOI: [10.1037/0022-006X.54.4.447](https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.447)
 21. Yang HK, Shin DW, Park JH, Kim SY, Eom CS, Kam S, et al. The association between perceived social support and continued smoking in cancer survivors. *Jpn J Clin Oncol.* 2013;**43**(1):45-54. PMID: [23166386](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23166386/) DOI: [10.1093/jjco/hys182](https://doi.org/10.1093/jjco/hys182)
 22. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: How important are household factors?. *Addiction.* 2004;**99**(6):770-7. PMID: [15139875](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15139875/) DOI: [10.1111/j.1360-0443.2004.00756.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00756.x)
 23. Marvizadeh M, Nori Ghasem Abadi R, Moghadasin M. Examination of the relationship between motives of smoking and using shisha, depression, quality of relationships, and social support in students. *J Psychol EducSci.* 2017;**3**(1 Pt 4):1-19. [Persian]
 24. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Mirmiran P, Hajipour R, Madjid M, et al. Cardiovascular risk factors in an Iranian urban population: Tehran lipid and glucose study (phase 1). *Soz Präventivmed.* 2002;**47**(6):408-26. PMID: [12643001](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12643001/) DOI: [10.1007/s000380200008](https://doi.org/10.1007/s000380200008)
 25. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Personal Assess.* 1988;**52**(1):30-41. DOI: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
 26. Bagherian Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. *Int J Prev Med.* 2013;**4**(11):1277-81. PMID: [24404362](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24404362/)
 27. Webb Hooper M, Baker EA, Mc Nutt MD. Associations between coping, affect, and social support among low-income African American smokers. *Addict Behav.* 2013;**38**(11):2736-40. PMID: [23934005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23934005/) DOI: [10.1016/j.addbeh.2013.07.005](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.005)
 28. Pokhrel P, Fagan P, Cassel K, Trinidad DR, Kaholokula JK, Herzog TA. Social network characteristics, social support, and cigarette smoking among Asian/Pacific Islander young adults. *Am J Community Psychol.* 2016;**57**(3-4):353-65. PMID: [27297612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27297612/) DOI: [10.1002/ajcp.12063](https://doi.org/10.1002/ajcp.12063)
 29. Gamefski N, Diekstra RF. Perceived social support from family, school, and peers: Relationship with emotional and behavioral problems among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;**35**(12):1657-64. PMID: [8973073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8973073/) DOI: [10.1097/00004583-199612000-00018](https://doi.org/10.1097/00004583-199612000-00018)
 30. Ognibene TC, Collins NL. Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *J Soc Pers Relatsh.* 1998;**15**(3):323-45. DOI: [10.1177/0265407598153002](https://doi.org/10.1177/0265407598153002)
 31. Huang HW, Lu CC, Yang YH, Huang CL. Smoking behaviours of adolescents, influenced by smoking of teachers, family and friends. *Int Nurs Rev.* 2014;**61**(2):220-7. PMID: [24571366](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24571366/) DOI: [10.1111/inr.12084](https://doi.org/10.1111/inr.12084)
 32. Saari AJ, Kentala J, Mattila KJ. The smoking habit of a close friend or family member--how deep is the impact? A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2014;**4**(2):e003218. PMID: [24549158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24549158/) DOI: [10.1136/bmjopen-2013-003218](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003218)
 33. Vakalahi HF. Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: A literature review. *J Drug Educ.* 2001;**31**(1):29-46. PMID: [11338964](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11338964/) DOI: [10.2190/QP75-P9AR-NUVJ-FJCB](https://doi.org/10.2190/QP75-P9AR-NUVJ-FJCB)
 34. Ginsberg D, Hall SM, Rosinski M. Partner support, psychological treatment, and nicotine gum in smoking treatment: An incremental study. *Int J Addict.* 1992;**27**(5):503-14. DOI: [10.3109/10826089209063465](https://doi.org/10.3109/10826089209063465)
 35. Zamani Alavijeh F, Dehkordi FR, Shahry P. Perceived social support among students of medical sciences. *Electron Physician.* 2017;**9**(6):4479-88. PMID: [28848620](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28848620/) DOI: [10.19082/4479](https://doi.org/10.19082/4479)
 36. Khalili F, Sam Sh, Sharifirad GR, Hassanzadeh A, Kazemi M. The relationship between perceived social support and social health of elderly. *Health Syst Res.* 2011;**7**(6):1216-25. [Persian]
 37. Soltani T, Mazloomi Mahmoudabad SS, Morowati Sharifabad MA, Fallahzadeh H, Jafari A. Social support and its relation with daily activities among elderly people of Yazd. *J Community Health Res.* 2015;**3**(4):270-7.
 38. Brothers BM, Borrelli B. Motivating Latino smokers to quit: Does type of social support matter?. *Am J Health Promot.* 2011;**25**(5 Suppl):S96-102. PMID: [21510795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21510795/) DOI: [10.4278/ajhp.100628-QUAN-220](https://doi.org/10.4278/ajhp.100628-QUAN-220)
 39. Péntes M, Czeglédi E, Balázs P, Foley KL. Factors associated with tobacco smoking and the belief about weight control effect of smoking among Hungarian adolescents. *Cent Eur J Public Health.* 2012;**20**(1):11-7. DOI: [10.21101/cejph.a3726](https://doi.org/10.21101/cejph.a3726)
 40. Mak KK, Ho SY, Day JR. Smoking of parents and best friend--independent and combined effects on adolescent smoking and intention to initiate and quit smoking. *Nicotine Tob Res.* 2012;**14**(9):1057-64. PMID: [22345315](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22345315/) DOI: [10.1093/ntr/nts008](https://doi.org/10.1093/ntr/nts008)
 41. Otten R, Wanner B, Vitaro F, Engels RC. Own and friends' smoking attitudes and social preference as early predictors of adolescent smoking. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;**37**(4):808-19. PMID: [18991131](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18991131/) DOI: [10.1080/15374410802359619](https://doi.org/10.1080/15374410802359619)
 42. Aura A, Laatikainen T, Isoaho H, Lazutkina G, Tossavainen K. Adolescents' attitudes on smoking are related to experimentation with smoking, daily smoking and best friends' smoking in two Karelias in Finland and in Russia. *Int J Behav Med.* 2016;**23**(6):679-85. PMID: [27184970](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184970/) DOI: [10.1007/s12529-016-9566-7](https://doi.org/10.1007/s12529-016-9566-7)
 43. Huisman C. Does it matter what friends think, say, or do? The role of friends' smoking attitudes and behavior for Dutch adolescents' smoking behavior. *Subst Use Misuse.* 2014;**49**(6):715-23. PMID: [24328839](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24328839/) DOI: [10.3109/10826084.2013.863347](https://doi.org/10.3109/10826084.2013.863347)
 44. Hitchman SC, Fong GT, Zanna MP, Thrasher JF, Laux FL. The relation between number of smoking friends, and quit intentions, attempts, and success: Findings from the International Tobacco Control (ITC) four country survey. *Psychol Addict Behav.* 2014;**28**(4):1144-52. PMID: [24841185](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24841185/) DOI: [10.1037/a0036483](https://doi.org/10.1037/a0036483)
 45. Shields MA, Wheatley Price S. Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc.* 2005;**168**(3):513-37. DOI: [10.1111/j.1467-985X.2005.00361.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2005.00361.x)
 46. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychol Rev.* 2011;**118**(3):482-95. PMID: [21534704](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21534704/) DOI: [10.1037/a0023477](https://doi.org/10.1037/a0023477)